广州市第十二人民医院院徽征集报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 应征作品编号（此项由医院填写） | | | | |  | | | |
| 应征者姓名/名称 | |  | | | | | | |
| 证件类型（请选择）： □身份证 □护照 □其他 | | | | | | | | |
| 证件号码 |  | | | | | | | |
| 联系电话 |  | | 电子邮箱 | | |  | 邮政编码 |  |
| 通讯地址 |  | | | | | | | |
| 工作单位 |  | | | | | | | |
| 应征作品内含文件：  □设计稿共 件，共 页；  □作品名称：  ；  □作品的设计说明；  □其他文件： 。 | | | | 创作者（请写明所有创作者的姓名或名称，并自行排序）： | | | | |
| 我承诺：我已阅读、理解并接受《广州市第十二人民医院院徽征集公告》有关权利义务的规定，并保证所填信息属实。  签名：  填表日期： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 注意事项：  1、如果应征者不具有完全民事行为能力，须由应征者的监护人在签名栏附签；  2、如果应征者为机构，须由授权代表签署并盖机构公章。 | | | | | | | | |